



Istituto Comprensivo Statale "G. NEVIO"
 Via Torre Cervati n° 9 80123 NAPOLI
 ☎Tele/fax 081-644770
 Distretto 41- Codice scuola NAIC820006 -
 Codice fiscale 80059760639
 e-mail: naic820006@istruzione.it web site: www.icnevio.edu.it
 e-mail certificata: naic820006@pec.istruzione.it



FSE
 FESR

**RICHIESTA ED AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO
 ATTO DI DELEGA**

I sottoscritt_

☒ _____, documento di identità
 _____, n° _____, rilasciato da
 _____;

☒ _____, documento di identità
 _____, n° _____, rilasciato da
 _____;

nella qualità di

- docente
- personale ata
- detentore/detentori della responsabilità genitoriale
- tutore/tutori
- affidatario/affidatari

della/del minore _____,

frequentante la classe _____ sezione _____ della Scuola

- Secondaria di Primo Grado "Gneo Nevio", alla via Torre Cervati, n° 9;
- dell'Infanzia e Primaria "Pasquale Cinquegrana", alla via D. Bramante, n° 30,

DELEGA/DELEGANO

il personale scolastico dell'Istituto Comprensivo Statale "Gneo Nevio" di Napoli, alla somministrazione del/i seguente/i farmaco/i

- salvavita
- indispensabile

così come da certificazione medica rilasciata in data ____/____/_____, che si allega in

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "G. NEVIO"

Via Torre Cervati, n° 9 - 80123 NAPOLI - ☎Telefax 081 64 47 70

Distretto 41– Codice scuola NAIC820006 – Codice fiscale 80059760639

e-mail: naic820006@istruzione.it – web site: www.icnevio.edu.it – e-mail certificata: naic820006@pec.istruzione.it

copia quale parte integrante e sostanziale del presente atto di delega.

Il/I farmaco/i deve/devono essere conservato/i osservando le seguenti modalità

Il/I farmaco/i deve/devono essere somministrato/i:

- in caso di: _____
- alle ore: _____
- nelle seguenti dosi: _____
- nei seguenti modi: _____.

Per eventuali necessità che dovessero sopraggiungere durante la permanenza a scuola soggetto bisognoso del farmaco in parola, sottoscritt_ s'impegna/s'impegnano a garantire la propria reperibilità, ai seguenti recapiti telefonici

detentore/detentori della responsabilità genitoriale _____

familiare _____

medico prescrittore _____

Con la presente sottoscritt_ consegna/consegnano al Sig. _____ la confezione del/dei farmaco/i _____ integra e correttamente conservata, con data di scadenza _____ e s'impegna/s'impegnano a sostituire il/i farmaco/i tempestivamente prima della scadenza.

Consapevole/Consapevoli di affidare tale delega a personale non sanitario, solleva/sollevano il personale stesso da ogni responsabilità relativa alla somministrazione del/dei farmaco/i.

Napoli, li _____

_____ *firma leggibile/firme leggibili*

Autorizza/Autorizzano al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del General Data Protection Regulation 2016/679 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

Napoli, li _____

_____ *firma leggibile/firme leggibili*